

Imię i nazwisko pacjenta:

ZALECENIA PIEŁĘGNIARSKIE PRZY WYPISIE PACJENTA

Wydane zalecenia - załączniki

- * nr 1 * nr 2 * nr 3 *nr 4 *nr 5 *nr 6
* nr 7 * nr 8 * nr 9 *nr 10 *nr 11 *nr 12
* nr 13 * nr 14 * nr 15 *nr 16 *nr 17 *nr 18
* nr 19 * nr 20 * nr 21 *nr 22 *nr 23 *nr 24
* nr 25 * nr 26 * nr 27 *nr 28 *nr 29 *nr 30
inne

Przeprowadzona edukacja: pacjenta rodziny/opiekunów

W zakresie:

Otrzymałem/am załączniki nr:

(Data i podpis pacjenta
lub osoby upoważnionej)

Pacjent nie wymaga zaleceń pielęgniarzkich

(Data, podpis i pieczętka pielęgniarki)

.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki oddziałowej)

HISTORIA PIEŁĘGNOWANIA - PSYCHIATRIA

DANE PACJENTA - WYWIAD

IMIĘ:

NAZWISKO:

PESEL* - - - - -

Płeć: K
 M

Waga.....

Wzrost.....

Wyrażam zgodę na czynności i zabiegi pielęgniarские oraz potwierdzam, że zapoznano mnie z regulaminem, topografią oddziału i prawami pacjenta.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna

Rozpoznanie lekarskie:

Wywiad niemożliwy do przeprowadzenia

Choroby współ istniejącej przebyte operacje:

Przyczyna

Alergie / Nietolerancje pokarmowe:

Uwagi i inne problemy:

Przyzwyczajenia, nałogi:

Ocena sprawności pacjenta

Przyjęcie

Wypis

S O Z S O Z

Poruszanie się

Czynności higieniczne

Jedzenie, picie

Wydalenie

Organizacja czasu wolnego

Data/godz.

Data/godz. wypisu:

S – samodzielny** O – ograniczony Z – zależny

Data/godz. zgonu

Stan psychiczny (mowa, zachowanie, nastrój):

- spokojny w kontakcie
 pobudzony utrudni onykontakt
 lęk bez kontaktu

Sprzęt pomocni czy

- okulary
 szkła kontaktowe
 proteza zębowa
 aparat słuchowy
 rozrusznik serca
 protezy i inne.....

Stan społeczny – kontakt z rodziną:

- dobry brak
 słaby samotny
 zły

Podpis i pieczętka pielęgniarki przyjmującej pacjenta:

* W przypadku braku data urodzenia

** W przypadku dzieci stosownie do wieku

